

ИНФЕКЦИЯ

УДК 616.53-002.282

БОЛЕЗНЬ МОРБИГАНА – РЕДКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА РОЗАЦЕА

Адаскевич В.П.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Болезнь Морбигана (БМ, болезнь Морбигана, персистирующий плотный отек лица), названная так по месту происхождения пациента, о котором впервые сообщил Р. Дегос (R. Degos) в 1957 году, представляет собой редкое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся стойким, плотным, не оставляющим ямок эритематозным отеком средней и верхней трети лица с неспецифической гистологией [1-4]. К сожалению, в таких случаях биопсия кожи обычно не выполняется, а биоптаты обычно берутся, когда рассматриваются другие возможные диагнозы. Поэтому наши знания о гистопатологических результатах БМ ограничены, а результаты в литературе довольно расплывчатые [1, 2]. К гистопатологическим особенностям относятся расширенные кровеносные сосуды, перифолликулярный фиброз, периваскулярная и перифолликулярная инфильтрация лимфоцитов и, в редких случаях, повышенное количество тучных клеток [2, 4].

Отличительной чертой БМ является устойчивость заболевания к терапии. Наиболее успешным терапевтическим подходом является пероральное применение изотретиноина и тетрациклинов [2, 4]. Использование перорального изотретиноина для лечения БМ было впервые описано Т. Jansen и G. Plewig в 1997 году, однако, до сих пор публикаций, в которых задокументировано применение данного препарата для этой цели, совсем немного. При этом во всех публикациях сообщается о применении изотретиноина в сочетании с пероральными кортикостероидами или антигистаминными препаратами, а продолжительность лечения варьируется от 6 до 16 недель при ежедневной дозировке от 10 до 50 мг [2-4].

Цель работы. Изучение клинико-эпидемиологических и терапевтических особенностей пациентов с персистирующим плотным отеком лица (болезнью Морбигана).

Методы исследования. Под нашим наблюдением в период с 2002 по 2019 гг. находились 6 пациентов (3 мужчины и 3 женщины) в возрасте от 32 до 73 лет. Диагноз устанавливался на основании клинической картины заболевания, а также методов дерматоскопии и патоморфологии кожи. Пациенты получали изотретиноин в дозировке от 20 до 40 мг ежедневно в течение 6-18 месяцев.

Результаты и обсуждение. Фототип кожи II по Фицпатрику выявлен у 4 пациентов, III и IV фототип – по одному пациенту. Продолжительность заболевания до 1 года отмечена у 4 пациентов, от 1 года до 4 лет – у 2 обследуемых. Положительный семейный анамнез установлен у 3 (50%) пациентов с персистирующим отеком лица. Чувство жжения или покалывания отмечали 5 (83%) пациентов, приливы в анамнезе – 4 (67%), отек в центре лица – 6 (100%) пациентов. Болезнь Морбигана или плотный персистирующий отек лица характеризовался у всех обследуемых следующими признаками: на фоне типичных для розацеа элементов – плотный, не сохраняющий ямки при надавливании, отек на лбу, подбородке, веках, носу, щеках; выраженный отек темно-красного цвета с фиолетовым оттенком и переходом в индурацию; огрубение контуров лица.

Клинические проявления БМ, по-видимому, являются результатом дисбаланса между выработкой лимфы и её дренажом. Хотя точный патогенез БМ пока изучен недостаточно, в существующей литературе предполагается наличие связи между БМ и розацеа [2, 3]. Под нашим наблюдением, например, находилась 63-летняя женщина с шестимесячным анамнезом эритематозного, уплотненного, не оставляющего ямок, безболезненного, трудно пальпируемого деревянистого отека, который охватывал область от переносицы до середины лба, включая внутренние уголки обеих глаз, основание носа и правую подглазничную область. Акне и розацеа в анамнезе отсутствовали, не было также высыпаний, указывающих на эти заболевания.

Гематологическое обследование пациентки особенностей не выявило. Прием изотретиноина по 20 мг ежедневно в течение 18 месяцев позволило достигнуть значительного улучшения состояния.

Болезнь Морбигана, вероятно, является проявлением побочных эффектов от повторяющихся при розацеа эпизодов расширения сосудов и воспаления. В этой ситуации побочные продукты острого и хронического воспаления в конечном итоге приводят к ремоделированию тканей и структурному повреждению как кровеносных, так и лимфатических сосудов [1-4]. Это повреждение сосудов особенно критично для пациентов с частыми обострениями розацеа, которые могут быть склонны к последующему застою лимфы и нарушению её оттока [1, 3, 4]. Механизмы разрушения лимфатических сосудов могут варьироваться в зависимости от триггера воспаления, чем, вероятно, объясняются различия в гистологических данных [2]. Резкое расхождение в уровне заболеваемости розацеа и БМ вызывает вопросы относительно основных факторов, способствующих развитию БМ.

Дифференциальный диагноз включает орофациальный гранулематоз, саркоидоз, болезнь Ганзена, системную красную волчанку, кожный лейшманиоз, гранулема инородного тела, гранулема лица, синдром верхней поллой вены и склередему Бушке [1-4]. Более того, барбитураты, хлорпромазин, дилтиазем и изотретиноин могут вызывать клинические проявления, подобные синдрому Морбигана [2].

Выводы. Болезнь Морбигана долгое время считалась трудно поддающимся лечению состоянием. Терапевтическая схема, включающая пероральное применение изотретиноина в течение длительного времени, является многообещающей альтернативой. Побочные эффекты минимальны, и их легко контролировать. Однако, учитывая профиль безопасности перорального изотретиноина, за пациентами следует тщательно наблюдать. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы лучше понять патогенез БМ и механизм действия изотретиноина при данном состоянии.

Литература:

1. Veraldi, S. Morbihan syndrome / S. Veraldi, M.C. Persico, C. Francia // Indian Dermatol Online J. – 2013. – Vol. 4. – P. 122–124.
2. Melnik, B. Akne und Rosazea / B. Melnik, T. Jansen // Braun-Falco's Dermatologie, Venerologie und Allergologie / G. Plewig und a. – Springer Verlag, 2012. – Band 2. – S. 1197–1229.
3. Wohlrab, J. Persistent erythema and edema of the mid third and upper aspect of the face (Morbus Morbihan): evidence of hidden immunologic contact urticaria and impaired lymphatic drainage / J. Wohlrab, M. Lueftl, W.C. Marsch // J Am Acad Dermatol. – 2005. – Vol. 52, N 4. – P. 595–602.
4. Persistent erythema and edema of the face associated with rosacea and lymph vessel dysplasia / T. Jansen, [et al.] // Hautarzt. – 1998. – Vol. 49, N 12. – P. 932–935.

УДК 616.9:579.8

СОВРЕМЕННЫЙ УРОВЕНЬ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К КОЛИСТИНУ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИЗОЛЯТОВ *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*

Антонова Е.Г., Жильцов И.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Распространение штаммов *K. pneumoniae*, обладающих множественной резистентностью, способствовало широкому применению для лечения пациентов карбапенемов, аминогликозидов, тигециклина и колистина. Однако наблюдается отчетливая тенденция к повышению устойчивости и к этим группам антибиотиков. Так, по результатам многоцентрового эпидемиологического исследования «МАРАФОН 2015-2016», включившего 49 стационаров России, резистентность к карбапенемам была выявлена у 26,5% изолятов *K. pneumoniae*, к амикацину и колистину – у 27,1% и 9,4%, соответственно [1]. Особую обеспокоенность вызывает рост устойчивости к колистину, поскольку до недавнего времени этот антибиотик по праву считался «препаратом спасения».